

重度心身障害者医療費請求書（後期高齢者用）

年 月 日

(宛先) 富士見市長

住 所  
氏 名  
電 話

次のとおり、富士見市重度心身障害者医療費支給に関する条例第8条第1項の規定により請求します。

受給者氏名		総請求金額
受給者生年月日	年 月 日	
受給者番号		

円

外 来	2 外来 3 歯科 4 調剤 6 訪問看護 7 柔道整復 8 補装具	受診年月	医療機関名 (医療機関コード)	一部負担金	1 県内 2 県外
			年 月	( )	
		年 月	( )		
		年 月	( )		
		年 月	( )		
		年 月	( )		
		年 月	( )		
小 計				円	

入 院	入院年月	医療機関名 (医療機関コード)	日数	一部 負担金	食数	食事療養費・生 活療養費(居住 費除く)	計	1 県内 2 県外
	1	年 月	( )					
1	年 月	( )						
1	年 月	( )						
小 計				円		円	円	